

**AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR Ó DIVULGAR INFORMACIÓN MÉDICA PROTEGIDA
(AUTHORIZATION FOR RELEASE OF PROTECTED HEALTH INFORMATION)**

Información del paciente			
Nombre del paciente:		También conocido como:	
Fecha de nacimiento: / /		Teléfono: () - - -	
Poseedor del Archivo:			
<input type="checkbox"/> Pioneers Memorial Healthcare District			
Mis expedientes pueden ser entregados a:			
Nombre:		Teléfono: () - - -	
Dirección:			
Ciudad:	Estado:	Código postal:	
Fax:	Correo electrónico:		
**Me gustaría recibir la información de salud:			
<input type="checkbox"/> Por correo	<input type="checkbox"/> En persona	<input type="checkbox"/> Por correo electrónico no protegido	<input type="checkbox"/> Por Fax
**Si usted ha solicitado que su información de su archivo médico se le envíe por correo electrónico, se le informa que este método no es cien por ciento seguro. Tenga en cuenta que una vez que su información salga del Pioneers Memorial Healthcare District, Pioneers Memorial Healthcare District ya no podrá proteger esa información			
<input type="checkbox"/> Estoy de acuerdo a que me envíen mi archivo por correo electrónico y entiendo los riesgos			
Información que puede ser divulgada:			
Fecha de Servicio:		<input type="checkbox"/> Estancia hospitalaria	<input type="checkbox"/> Emergencia
<input type="checkbox"/> Visita a la clínica	<input type="checkbox"/> Radiología	<input type="checkbox"/> Laboratorio	<input type="checkbox"/> Otro (especifique)
Autorizo específicamente la divulgación de la siguiente información <i>(por favor ponga su inicial)</i>			
___	VIH	___	Salud Mental
___	___	___	Tratamiento Contra Drogadiccion y Alcoholismo
Objetivo y uso de la información:			
<input type="checkbox"/> Atención continua	<input type="checkbox"/> Legal	<input type="checkbox"/> Personal	<input type="checkbox"/> Otro
Entiendo que al firmar esta autorización			
<ul style="list-style-type: none"> ● Yo autorizo el uso o divulgación de mi información médica personal tal y como se describe anteriormente para el fin señalado. ● Tengo derecho a revocar esta autorización en cualquier momento, pero debo hacerlo por escrito y no afectará la información que va ha sido utilizada o revelada. ● Tengo derecho a recibir una copia de esta autorización. ● Yo entiendo que puedo negarme a firmar esta autorización. Mi negativa no afectará mi calificación para obtener tratamiento o pago ni mi calificación para obtener beneficios. ● Entiendo que la información divulgada de conformidad con esta autorización puede estar sujeta a re-divulgación y ya no protegida por las regulaciones de privacidad promulgadas de conformidad con la HIPAA, o cualquier otra norma de privacidad estatal o federal. ● A menos que se indique lo contrario, esta autorización es válida por 365 días a partir de la fecha de la firma. ● Entiendo que puede haber un cobro como es permitido bajo la ley de California por copiar los expedientes médicos 			
Nombre/Firma del paciente or representante			
Nombre en imprenta:		Fecha:	
Firma:		Relación con el Paciente:	